

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 49

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE des DÉCHIRURES
DU
Segment Inférieur de l'Utérus
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Désiré De BELVAL

Né à Jallieu (Isère), le 16 Mars 1871



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

1900

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE des DÉCHIRURES
DU
Segment Inférieur de l'Utérus
ET DE LEUR TRAITEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 49

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE des DÉCHIRURES

DU

Segment Inférieur de l'Utérus

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

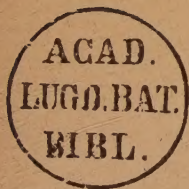
Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Désiré De BELVAL

Né à Jallieu (Isère), le 16 Mars 1871



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président ; M. POLLOSSON, M., Assesseur ;
MM. CONDAMIN et ROLLET, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOCHIER

Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Nous espérons pouvoir dédier ce modeste travail à notre cher père en témoignage de reconnaissance pour sa bonté et son dévouement sans bornes. La mort nous prive de ce bonheur, mais nous conserverons toujours avec respect et connaissance, le souvenir des bienfaits et des bons conseils qu'il nous a prodigués.

M. le professeur Fochier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fait.

Que nos maîtres dans les Hôpitaux de Lyon reçoivent aussi l'assurance de notre gratitude.

Cette thèse inaugurale nous a été inspirée par M. le Dr Commandeur, accoucheur des Hôpitaux de Lyon ; nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Notre ami, M. le Dr Planchu, nous a aidé dans ce travail de sa science et de ses conseils. Avec nos remerciements nous lui offrons nos vœux les plus sincères de succès pour un avenir prochain.

A notre ami, le Dr Michelet et à sa famille, avec

notre amicale reconnaissance, nous envoyons nos souhaits de bonheur et de prospérité.

Que nos amis sincères, qui sauront se reconnaître dans ces lignes, soient assurés de notre fidèle amitié.

Nous avons l'intention d'étudier les déchirures du segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire les ruptures incomplètes de cet organe : la sèreuse ayant résisté au traumatisme.

Très graves avant la période antiseptique, puisque Jolly ne cite que 17 % de guérisons, le traitement a bénéficié des nouvelles méthodes, et le pronostic est un peu plus favorable ; Merz cite 36 % de guérisons. Il est à croire que le mode de traitement que nous exposons et qui est systématiquement employé à la clinique de M. le professeur Fochier, contribuera à abaisser encore la mortalité.

Après quelques considérations anatomiques nous étudierons : l'étiologie de ces ruptures puis leur anatomie pathologique. Les symptômes et le diagnostic formeront un autre chapitre. Nous insisterons dans un dernier chapitre sur le pronostic et le traitement.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques et rapports

Dans quelques considérations anatomiques, nous étudierons le col et le segment inférieur dans leur constitution et surtout leurs rapports qui nous permettront de comprendre l'étendue et la gravité des lésions amenées par une déchirure.

A la fin de la grossesse, au début du travail, l'utérus est constitué par trois parties : le corps, le col séparés par le segment inférieur.

Le col de l'utérus est divisé par l'insertion du vagin en deux portions : une supra-vaginale et l'autre infra-vaginale.

La portion sous-vaginale a la forme d'un cône à base supérieure. La cavité dont elle est creusée se continuant en haut avec la portion sus-vaginale, s'ouvre à l'extérieur par un orifice arrondi et circulaire chez les primipares, linéaire et transversal chez

les multipares. Ce sont deux petites déchirures latérales qui ont ainsi formé deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Comme l'attache des parois vaginales, au lieu d'être perpendiculaire à l'axe du col, lui est oblique il en résulte que la lèvre antérieure du col est plus courte que la lèvre postérieure. Le vagin, en effet, se réfléchit plus haut en arrière et le cul-de-sac postérieur est plus profond que l'antérieur.

La portion sus-vaginale du col qui s'étend en haut jusqu'au segment inférieur n'offre rien de particulier. Elle est en rapport : en avant avec le péritoine dont la réflexion entre l'utérus et la vessie se fait à un centimètre, au plus à un centimètre et demi au-dessus de l'insertion du vagin sur le col. L'intérieur du col est tapissé par une muqueuse sur laquelle on peut reconnaître les lignes qui lui ont fait donner le nom « d'arbre de vie ». C'est la disparition de cette muqueuse faisant place à la caduque qui, à la fin de la dilatation, établit la limite entre le col et le segment inférieur.

On a beaucoup discuté sur la constitution du tissu fondamental du col, sur la prédominance du tissu musculaire ou du tissu conjonctif. D'après Frarier (thèse de Lyon, 1899), c'est le tissu musculaire qui domine.

« Les faisceaux musculaires existent dans les deux portions du col, bien qu'ils soient un peu moins nombreux dans le museau de tanche. Ils affectent une direction longitudinale plus ou moins bouleversée par les vaisseaux. Les fibres circulaires sont très rares,

sans ordre, mêlées à des fibres obliques, et il n'existe pas de sphincter proprement dit. Séparant ces faisceaux, il existe du tissu conjonctif, plus abondant dans la portion sus-vaginale et les deux tiers supérieurs de la portion sous-vaginale. Au milieu de ce tissu conjonctif, on trouve quelques fibres élastiques.

On peut décrire un territoire spécial aux fibres musculaires, conjonctives ou élastiques. Ces éléments sont répartis dans toute l'épaisseur de la paroi du col. A la pointe seulement, le tissu musculaire semble nettement prédominer sur le tissu conjonctif; à ce niveau, ses fibres sont plus fines, plus nombreuses et moins nettement fasciculées.

Les artères du col sont fournies par des anastomoses entre l'utérine et les vaginales antérieure et postérieure. Dans l'épaisseur du col, les rameaux artériels sont quelquefois complètement indépendants du tissu utérin et cheminent dans une gaine conjonctive. D'autres fois, et souvent après un certain parcours des vaisseaux, on observe une autre disposition : le tissu conjonctif disparaît d'abord autour du vaisseau qui est réduit à son endothélium et à ses fibres musculaires propres ou bien l'endothélium existe seul et le vaisseau est creusé dans l'épaisseur du tissu utérin qui lui forme des parois. Il n'existe pas autour des vaisseaux du col, contrairement à ce qu'on voit dans le corps, des fibres musculaires entre-croisées constituant ce que Pinard appelle des ligatures vivantes. Les hémorragies de cette région n'auront donc que peu de tendance à s'arrêter spontanément.

A la fin de la grossesse, le col ramolli, affaissé sur

lui-même, rempli par le bouchon gélatineux, n'a pas subi dans sa constitution de modification sensible.

Au moment du travail, l'orifice du col est forcé, sous l'influence des contractions du corps par deux facteurs : la traction des fibres musculaires par l'intermédiaire du segment inférieur et la pression de la poche des eaux. On peut comparer les parois du col à une colonne d'anneaux cylindriques reliés entre eux : si un mobile de forme sphéroïdale tend à pénétrer dans cette colonne, il commencera à forcer les premiers anneaux sous-jacents, les dilatera un peu : la forme sera celle d'un cône à base supérieure répondant à l'orifice interne. La paroi amincie du col se continue avec celle du segment inférieur formant le canal cervico-utérin ou canal de Braune. A la fin de la période de dilatation, on peut considérer le col comme constitué par une série d'anneaux concentriques, situés à peu près sur un même plan, les plus externes très dilatés, les plus internes encore fermés. Tous ces anneaux vont s'ouvrir à la fois quand la poche des eaux va venir appuyer au centre de cette série d'anneaux, cette dilatation sera facilitée par les tractions des fibres longitudinales du corps par l'intermédiaire de celles du segment inférieur.

Au-dessus du col, entre lui et la portion épaisse du corps utérin, se trouve le segment inférieur. Chez les primipares, par le fait du développement de la présentation vers l'excavation, il se constitue pendant les trois derniers mois de la grossesse ; chez les multipares il se forme au moment du travail. Ses limites sont formées, en bas, par la disparition de la caduque fai-

sant place à la muqueuse du col et en haut par une partie plus épaisse que l'on sent se durcir sous le doigt, au moment de la contraction et que l'on appelle l'anneau de contraction de Bandl. Sur la surface externe de l'utérus, cette limite répond à la zone d'insertion fixe du péritoine. Nous admettons donc avec la majorité des accoucheurs contemporains que le segment inférieur est constitué aux dépens du corps utérin et non du col. Quand le segment inférieur est *bien constitué*, l'anneau de Bandl n'est plus perceptible par le toucher à cause de son élévation; l'amincissement des parois est maximum et à travers elles on peut facilement, souvent aussi facilement qu'à travers les membranes seules, explorer la présentation et en sentir tous les détails. Comment les modifications se sont-elles produites ?

Sous l'influence des contractions utérines, l'œuf poussé vers le centre de l'excavation, appuie fortement sur le col et la partie inférieure de l'utérus. De plus, les fibres longitudinales du corps, attirent en haut les fibres circulaires de cette portion : ces fibres résistent d'abord, puis sont vaincues, se paralysent sous l'influence des contractions répétées et énergiques, elles se laissent alors étaler et attirer en haut, le canal cervico-utérin, devenu à peu près complètement passif se laisse dilater. Cependant, il conserve une certaine activité, destinée à donner à cette portion du conduit utéro-vaginal la rigidité suffisante pour assurer au mobile fœtal une bonne direction.

En avant, le segment inférieur est en rapport avec le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin auquel il est

lagement uni par du tissu conjonctif. C'est cette laxité qui permet au péritoine de glisser et d'éviter une déchirure dans de nombreuses ruptures antérieures de ce segment. De même, en arrière, le péritoine du cul-de-sac de Douglas, bien que descendant plus bas jusque sur la paroi vaginale postérieure n'est uni que faiblement à cette partie de l'utérus. Sur les côtés, le segment inférieur répond à la base et à l'insertion utérine des ligaments larges. Là, baignent au milieu d'une masse assez abondante de tissu cellulo-graisseux, l'artère utérine, l'urètre, les plessus veineux utérins, des lymphatiques et des nerfs péri-cervicaux.

CHAPITRE II

Mode de production de ces déchirures.

Leurs causes prédisposantes

Les déchirures latérales du col ou du segment inférieur résultent de cas de dystocie maternelle ou foetale. Nous éliminerons d'abord les faits d'usure de l'utérus dans sa paroi postérieure contre le promontoire d'un bassin rétréci ou contre une épine osseuse proéminente dans un bassin épineux.

Les déchirures du col et du segment inférieur, n'allant pas jusqu'au péritoine, semblent surtout avoir pour cause, la surdistension du segment inférieur.

Dans le travail normal, les parois du canal cervico-utérin s'allongent, se dilatent et s'amincissent simultanément. Les parois ne se contractent que pour former un canal rigide destiné à transmettre d'une façon intégrale la force du corps utérin. Si par suite d'un

obstacle quelconque le mobile fœtal ne progresse pas; le segment inférieur et le col perdent leur contractilité et s'amincissent de plus en plus, et ces modifications aboutissent à la rupture spontanée de l'utérus.

En effet, le segment inférieur, uni au col, possède à sa partie inférieure une insertion fixe par ses attaches avec le canal vaginal; la partie située au-dessus subit les effets de la contraction du corps utérin, elle se distend de plus en plus. Mais cette distension reconnaît aussi pour cause la pression du fœtus contre les parois. L'ampliation portera ou bien sur une large surface, ou bien sur un point limité, suivant que la partie fœtale qui soulèvera la paroi du segment inférieur sera grosse ou petite, régulière ou irrégulière.

Toutes les fois qu'il y a un obstacle à l'expulsion du fœtus, le segment inférieur augmente de hauteur, en même temps que ses parois s'amincissent et cette distension porte ou sur le segment tout entier ou sur une seule de ses parties.

Les obstacles existent toutes les fois qu'il y a distocie maternelle ou fœtale.

Que se passe-t-il dans les rétrécissements du bassin?

Dans les conditions normale du travail l'utérus élève modérément ses attaches au segment inférieur, l'anneau de Bandl remonte un peu; le principal effet de la contraction du corps utérin est de pousser en bas le fœtus sur lequel il appuie par son fond. Si la tête est immobilisée, la force produite se reportera toute entière sur les attaches utérines. L'orifice externe étant relativement fixe, l'anneau de Bandl remontera; les fibres musculaires du segment inférieur céderont

devant celles du corps plus nombreuses et plus résistantes, elles se laisseront distendre. Tout tissu élastique qui est tiraillé et allongé, s'amincit, c'est ce qui se passe au niveau du segment inférieur.

Cliniquement ces modifications sont appréciables par la vue et par le palper. L'utérus prend alors une forme en sablier très manifeste, l'étranglement répondant à l'anneau de Bandl. Le degré de distension est marqué par le siège plus ou moins élevé de cet anneau au-dessus du pubis.

Que la rigidité du col soit anatomique ou cicatricielle, tout le segment inférieur paraît dans ce cas moins extensible et il affecte alors la forme d'un cône. Mais il est aussi plus friable à cause des altérations pathologiques, causes de la rigidité.

Si la contraction utérine est irrégulière, ou si l'axe utérin est dévié, les mêmes faits vont se produire :

Dans le premier cas, l'anneau de Bandl forme une filière étroite qui empêche le fœtus de progresser. Dans l'autre cas, l'orifice externe du col est dévié et la tête descend alors coiffée par le segment inférieur qui en ce point s'amincit de plus en plus.

Les déchirures du segment inférieur et du col, de cause fœtale, peuvent être occasionnées par le passage de la partie fœtale à travers un orifice de dimensions insuffisantes ; cette partie fœtale présentant un volume exagéré ou appuyant irrégulièrement sur l'orifice externe.

Quelquefois c'est une tête hydrocéphale qui se présente : de dimensions trop étendues pour franchir le détroit supérieur, elle arrête le fœtus, l'utérus n'agit

plus que sur son segment inférieur qui s'amincit et se rompt.

Avec la tête, il peut y avoir procidence d'un membre, qui par sa présence augmente le diamètre du mobile et force le segment inférieur en un point particulier où se fera la rupture.

Dans la présentation du siège, surtout dans le mode décomplété des fesses, les membres de l'enfant, faisant attelle, transforment le mobile fœtal en une tige rigide qui ne s'incline pas vers la vulve, butte sur le périnée et reste immobile; le segment inférieur, dilaté, s'amincit et se distend. Même dans les cas favorables, où le siège se dégage à la vulve, la déchirure se produit au passage de la tête dernière. La dilatation produite par le passage du siège n'est pas suffisante pour les grands diamètres de la tête passant dans une attitude entre la flexion et la déflexion.

On a encore incriminé la proéminence des bosses frontales.

Dans la présentation de l'épaule, l'obliquité de l'axe utérin favorise la surdistension du segment inférieur. Le fond de l'utérus situé dans le côté opposé à celui où est la tête, pousse l'occiput directement contre la paroi correspondante du segment inférieur. Une partie plus ou moins considérable du fœtus sort du corps de la matrice pour se placer dans le canal cervico-utérin. Mais comme le fœtus ne peut pas progresser, les parois de ce canal ne sont pas soulagées, la tête appuie sur l'un des côtés, qui, distendu par les contractions énergiques du corps, ne tarde pas à céder.

L'insertion marginale du placenta paraît aussi favo-

riser la rupture. Dans ce cas, la tête gênée par le gâteau placentaire appuie mal sur l'orifice interne du col. Le diamètre correspondant au placenta est rétréci dans une certaine mesure, de plus la dilatation n'est pas circulaire : la partie qui se présente est rejetée du côté opposé au placenta et le distend, d'autant plus que la portion du segment inférieur correspondant au placenta, n'est susceptible que d'une faible dilatation.

Enfin, il y a des cas où il est impossible d'assigner une cause quelconque à la rupture de l'utérus. Elle se produit sans prodromes.

Pestolozza (*in Sestimena medica*, 1^{er} janvier 1892) en cite un exemple. Le segment inférieur, dit-il, peut se rompre par un effort égal à celui qui suffit pour rompre les membranes de l'œuf. Cette déchirure peut dépendre de la faiblesse extrême de l'élément musculaire en cette zone que le tissu conjonctif remplace quelquefois.

Dans un cas de Dakin (*Transact. of the Obstet. Soc. of London*, 1892), on fit l'examen microscopique de la région déchirée et l'on constata en ce point de la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres lisses.

Tous les cas que nous venons de passer en revue sont, en somme, des traumatismes spontanés.

L'accoucheur peut produire un traumatisme artificiel en intervenant.

Les déchirures se rencontrent à la suite d'application des ballons de Champetier de Ribes, auxquels on applique des poids tracteurs trop forts. Il semble que la présence du ballon tétanise parfois l'anneau de Bandl et le segment inférieur, le rende plus friable ; la

rupture se fait alors à l'occasion de l'intervention inspirée par le désir de sauver l'enfant.

Les essais de dilatation intempestive du col avec le dilatateur de Tarnier peuvent causer sur le col des déchirures s'étendant plus ou moins loin sur le segment inférieur et se complétant au moment du passage du fœtus.

Les applications de forceps amènent surtout des déchirures, de même que celles du basiotribe.

« Il est aujourd'hui classique de dire que les tissus maternels tendus sur les cuillers de forceps sont sectionnés par les bords convexes de celles-ci. Cette explication est à la rigueur admissible dans les cas où le forceps s'adapte mal à la tête, c'est-à-dire dans les prises asymétriques où la cuiller ne porte que par son bec et une partie de son extrémité, mais elle est difficilement acceptable dans les cas de prise régulière, où les cuillers sont, en quelque sorte, moulées sur la circonférence sincipito-mentonnière. Il faut néanmoins faire remarquer qu'on ne peut *a priori*, savoir si cette adaptation du forceps à la tête est parfaite, car la courbure céphalique est modelée sur une tête de volume moyen. Elle se trouve par conséquent trop faible pour les petites têtes et trop forte pour les grosses. D'où il résulte que dans le premier cas, la cuiller, pendant les tractions, s'applique exactement seulement par son extrémité; dans le deuxième, que la partie moyenne de la cuiller reste à une certaine distance de la surface céphalique.

« On peut dès lors, s'expliquer la lésion directe des parties molles par l'instrument. Mais comme des

déchirures du même type se produisent dans les extractions manuelles, il faut bien reconnaître qu'un mécanisme autre que la lésion directe par le forceps peut être invoqué.

« Cependant dans les déchirures du col, le forceps peut léser directement les tissus. Lorsqu'on fait une application au détroit supérieur, alors qu'il reste encore un peu de col paraissant très dilatable, on sent, pendant les tractions, la portion vaginale se tendre sur les deux branches au niveau de la racine des cuillers, comme sur deux chevalets. A mesure que le mobile, tête et forceps descend, le col se trouve en contact avec des portions des deux branches qui sont de plus en plus éloignées. A ce niveau, à la tension générale du col, s'ajoute la pression exercée par l'instrument qui comprime et contond les tissus au point de contact. C'est à ce point qu'ordinairement le col commence à s'écailler soit d'un seul, soit des deux côtés et le plus souvent lorsque la tête aborde le col, la déchirure déjà amorcée s'agrandit peu à peu au passage des circonférences de plus en plus grandes de la tête. » (M. Commandeur, accoucheur des hôpitaux de Lyon, *in L'Obstétrique*, 15 juillet 1900).

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic

La déchirure du canal cervico-utérin se traduit le plus souvent par un symptôme immédiat : l'hémorragie.

Trop souvent l'accoucheur, redoutant une inertie utérine, méconnaît la véritable cause de la perte de sang.

Toutes les fois donc qu'on se trouvera en présence d'une hémorragie, il faut examiner le corps de l'utérus. Le globe de sûreté est-il constitué ? Pensez de suite à la rupture utérine. Pratiquez le toucher, rendez-vous compte des dégâts.

Les auteurs allemands ont décrit cette hémorragie ; des caractères spéciaux la distinguent des phénomènes semblables de la délivrance.

A quel moment se produit l'hémorragie ? Ce point

est important à remarquer : l'hémorragie de la rupture est une hémorragie précoce. Au moment où le segment inférieur éclate, il se produit un brusque jet de sang qui disparaît bientôt. Ce temps d'arrêt est produit par l'engagement de la partie fœtale qui fait tampon et empêche l'écoulement. La partie fœtale se dégage ensuite à la vulve, et derrière elle, un flot de sang fait irruption : c'est le sang qui s'était accumulé derrière l'obstacle, qui apparaît. A ce moment il se produit dans l'hémorragie un nouveau temps d'arrêt. Celui-ci reconnaît pour cause le tassement immédiat des organes pelviens ; le corps de l'utérus s'infléchit sur le col, fait obstacle à la circulation et provoque l'hémostase au niveau de la plaie cervicale.

Un peu plus tard, au moment des contractions de la délivrance, l'utérus se redresse, le sang est chassé des sinus utérins, refoulé en partie vers la brèche traumatique et réapparaît au dehors.

Enfin l'hémorragie est tout entière reconstituée par le passage de l'arrière-faix, à travers le col et l'écartement consécutif des lèvres.

Le sang de cette hémorragie est rouge, fluide, d'aspect artériel, contrastant avec celui fourni par les sinus utérins dans l'inertie. Quelques auteurs ont voulu assigner au jet de sang un caractère d'isochronisme avec le pouls maternel. Mais ce signe est d'une appréciation délicate et pourtant peu pratique.

Bien différente est la marche de l'hémorrhagie dans l'inertie utérine. L'enfant est sorti, l'accoucheur s'en est déjà occupé, il songe à la délivrance. A ce moment, il constate qu'un jet de sang noir s'écoule de la vulve

d'une façon continue. Il y a bien quelquefois un léger temps d'arrêt : quand le placenta tombe sur le col ou dans le vagin, il fait office de tampon et retient le sang qui s'accumule derrière lui. Mais c'est plutôt une diminution qu'un arrêt brusque et vrai. Une fois le placenta expulsé le sang reparait en abondance.

Rappelons que l'aspect du sang est plus foncé, comme poisseux dans l'inertie utérine.

Mais le diagnostic se fait surtout par l'état du corps utérin. Flaque et mou dans l'inertie utérine, au moins dans certaines de ses parties, il est dur et globuleux dans les cas de déchirures.

Nous ne parlons que de la portion de l'utérus située au-dessus de l'anneau de Bandl. Nous verrons bientôt ce qui se passe du côté du segment inférieur. Mais il est des cas où les phénomènes sont loin d'être aussi nets et aussi tranchés ; c'est qu'une déchirure peut coexister avec l'inertie utérine ou même amener cette inertie : le sang fait irruption dans la cavité utérine et s'y accumule, amenant ainsi l'inertie de la matrice.

L'hémorragie de la rupture du vagin est loin d'être aussi abondante que dans la rupture cervicale profonde.

La déchirure du périnée ou du clitoris peut donner lieu à une hémorragie très intense, mais le diagnostic est ici facilité par l'examen direct.

On observe en même temps les symptômes généraux de l'hémorragie grave : la face est pâle, le pouls petit et filant, les extrémités froides et tous ces signes d'anémie cérébrale se terminent par la syncope.

Un symptôme à peu près constant est la douleur ;

douleur vive et syncopale au moment où a lieu la déchirure, ensuite douleur sourde, profonde et continue. C'est cependant un signe sur lequel il ne faut pas trop compter ; l'emploi du chloroforme se généralisant de plus en plus pour les interventions obstétricales, surtout dans les maternités, quand la déchirure se produit la femme en analgésie n'accuse aucune sensation.

On donne aussi comme signe de la rupture un craquement perçu par la femme et même par l'entourage. Depaul dit ne l'avoir jamais entendu et le considère plutôt comme théorique.

Que deviennent à ce moment, les contractions utérines ?

A ce sujet les avis sont partagés.

Jolly divise les 37 cas qu'il rapporte en trois catégories :

1^o Les contractions utérines ont conservé leur force et leur énergie normales, mais sont impuissantes à terminer l'accouchement ; l'accoucheur doit intervenir : 14 cas.

2^o La contraction qui a cessé au moment de l'accident reparaît spontanément quand l'accouchement peut s'effectuer : 4 cas.

3^o L'accouchement s'est terminé spontanément sans que rien dans le cours du travail ait pu faire soupçonner l'accident : 19 cas.

« Enfin, dit Jolly (Thèse de Paris, 1870) il est des cas où l'utérus est le siège de contractions spasmodiques et où, par conséquent, il n'y a plus que de la contractilité. Dans ce cas, cette véritable contraction

semble avoir été plutôt la cause de la rupture que l'effet. »

Tarnier et Jolly ont insisté sur la perception d'une tumeur fluctuante et élastique en un point de la paroi abdominale ou de la paroi antérieure du vagin comme signe de la rupture incomplète.

Mais c'est au toucher qu'il faut s'adresser pour avoir des signes de certitude de la rupture utérine. Cette manœuvre présente dans ce cas de réelles difficultés. A la suite d'un long travail le corps utérin est élevé dans la cavité abdominale. On pourrait croire qu'il est séparé des attaches vaginales de l'utérus. On éprouve alors des sensations toutes particulières en introduisant la main dans le segment inférieur surdistendu.

« On distingue l'orifice externe du col qui est très mou ; au dessus de lui, on arrive dans une vaste cavité dont on ne sent pas d'abord les parois. Au palper combiné avec le toucher, on constate une minceur de tissus vraiment effrayante, si bien que la paroi abdominale paraît être seule comprise entre la main explorant l'hypogastre et le doigt introduit dans l'utérus. On dirait que la paroi interne n'existe plus, qu'elle est en cet endroit largement déchirée. Sur les côtés, en arrière, même sensation. Ce n'est qu'en touchant avec soin qu'on finit par distinguer une paroi lisse, unie, très molle, très-peu résistante et extrêmement mince. Cette paroi a les mêmes caractères sur tout le pourtour du segment inférieur ; elle se continue en haut avec un bourrelet transversal, épais et solide, sur lequel le doigt arrive lorsqu'on le pousse assez haut ou lors-

qu'on a abaissé le corps utérin ». (Demelin, Thèse de Paris, 1888).

On comprend qu'il soit alors difficile de découvrir la perte de substance, et il faut procéder avec ménagement, de peur d'agrandir la déchirure. Le doigt pénètre quelquefois dans une cavité remplie de caillots et à la partie interne de la cavité on trouve la paroi extérieure; les lèvres de la plaie, flottantes et molles peuvent être saisies entre le pouce et les autres doigts.

Enfin, il faut établir si la déchirure est complète ou incomplète. C'est-à-dire si le péritoine est atteint ou s'il est intact. Il est quelquefois très difficile de préciser ce point de diagnostic comme le prouve l'observation suivante, présentée par M. Budin à la Société d'obstétrique, en mars 1898.

OBSERVATION I (Résumée)

(M. Budin, *Société d'obstétrique*, mars 1898)

B., 42, de petite taille, était déjà accouchée six fois normalement, tous ses enfants étaient vivants. Elle est amenée à la Maternité, le 12 janvier 1898. A la dilatation complète : la rupture artificielle des membranes amène l'issue de 1.150 grammes de liquide amniotique. La procidence d'un membre supérieur est facilement réduite. Le bassin présente un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres 3. Le sommet est en O I G P. — Ce qui frappe chez cette femme c'est le volume considérable de l'utérus qui remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde qu'il luxe en quelque sorte. Une

heure après, l'utérus change de forme et une tuméfaction se produit obliquement vers le fond. Il ne s'écoule pas de sang et aucune douleur ne se manifeste. Une application de forceps sur la tête en O I G T, faite sous le chloroforme permet de retirer un enfant de 3.350 grammes. L'utérus se contracte immédiatement et le placenta est expulsé spontanément. Au cours du pansement on sentit à gauche une déchirure du col qui remontait sur le segment inférieur et vers le ligament large. Le pouce passant dans la déchirure du ligament large sentait le ligament rond et la trompe. Au dessus se trouvaient les anses intestinales; avec la main gauche on essaya de les amener doucement vers la déchirure, mais elles ne vinrent point se mettre en contact avec le pouce de la main qui pratiquait le toucher.

Comme traitement, une grande injection à l'eau bouillie fut faite dans l'utérus d'abord puis dans la cavité qui correspondait à la déchirure; on fit passer deux litres d'une solution de sublimé à 1 pour 10.000 dans les deux cavités, puis plusieurs litres d'eau bouillie. Un double tamponnement à la gaze iodoformée fut pratiqué l'un dans l'utérus, l'autre dans la cavité qui était en communication avec la déchirure. Un tamponnement vaginal compléta le pansement.

La malade, à son réveil, ne paraissait pas souffrir beaucoup, on la transporta dans le service d'isolement; glace sur le ventre.

Vomissements. Agitation. Pouls 140, le lendemain, 108. La température de 37° descend à 36°, 2, pour remonter, le lendemain, à 38°, 5.

Le lendemain, 13 janvier, on retire le double tam-

ponnement. Injection de sublimé à 1 pour 8000 dans la matrice et dans la cavité extra-utérine; injection suivie d'un grand lavage à l'eau bouillie. On refait le double tamponnement. Glace sur l'abdomen. Vomissements toute la journée, moins d'agitation. Champagne, rhum. Lavements de 250 grammes de sérum. Pouls 120. Température au-dessous de 37°.

14 janvier : Même traitement tonique. Amélioration.

15 janvier : Retour des vomissements. On refait le pansement.

16 janvier : Pouls encore rapide. Etat général bon.

17 janvier : Mêmes pansements, injections et tamponnements. Alimentation.

Le 19 janvier : La gaze iodoforme pénètre à peine dans la poche.

Le 25 janvier : Le tamponnement est définitivement retiré, on ne continue plus que les lavages.

La malade part le 8 février pour l'asile de convalescence de Fontenay.

M. Budin ajoute à la suite de l'observation : « J'ai évité à dessein de me prononcer sur ce point : la rupture est-elle complète ou incomplète ? Les anses intestinales ne purent descendre par la rupture et les suites de l'accouchement furent très simples. Mais l'utérus était dévié à droite et dans l'hypochondre, si éloigné de la partie inférieure de l'organe qu'il paraît difficile que le péritoine fût intact. »

L'intérêt de cette observation réside encore dans l'absence de symptôme prémonitoire de la rupture. Le forceps ayant été appliqué sur la tête en position

gauche, transversale, il semble que dans ce cas on pourrait imaginer comme mécanisme de la rupture la tension de la paroi utérine sur le bord convexe des cuillers.

Quand nous exposerons le traitement des ruptures de l'utérus, nous reviendrons sur celui qui fut appliqué dans cette observation.

Dans d'autres cas, la rupture est méconnue, il y a peu ou pas d'hémorragie, la température est élevée, on croit à une septicémie et la déchirure est une trouvaille d'autopsie. C'est ce que l'on voit dans l'observation suivante où, dans la pensée d'une affection utérine, on tente un abcès de fixation.

OBSERVATION II

(Clinique d'accouchements de M. le professeur Fochier,
due à l'obligeance de son chef de clinique).

*Bassin rachitique généralement rétréci. — Q I G T.
Version. — Enfant mort.*

Eugénie R..., 39 ans; entre aux Expectantes le 30 novembre 1899. Père et mère morts d'affection inconnue. Deux frères et sœurs vivants et bien portants.

Pas de renseignements sur l'enfance.

Premières règles à 22 ans. Deux ou trois ans après leur apparition, la malade a eu des pertes considérables, irrégulières, de durée variable (un mois et plus) qui s'espacèrent à intervalles de deux ou trois ans. Ces pertes étaient caractérisées par des caillots en abondance.

Une grossesse antérieure, il y a trois ans : accouchement prématuré à 7 mois $1/2$, enfant vivant, mort par la suite à 7 mois $1/2$.

Grossesse actuelle à 7 mois, les dernières règles datant du 1^{er} mai 1899.

Promonto-sous-pubien 89 millimètres. Un faux promontoire dû à la cinquième lombaire donne 98 millimètres.

Projection de la cotyloïde droite, convexité légère.

Sinus sacro-iliaque très réduit.

Le 9 décembre : Ventre volumineux pendant. Tête très mobile tend à se placer dans la fosse iliaque gauche. O I G T.

Le 16 décembre : Épaule gauche en position gauche, fœtus très mobile.

Entrée à la salle des douleurs le 1^{er} janvier 1900.

La malade accuse de petites douleurs depuis le 28 décembre et présente des signes du travail. Écoulement de glaires sanguinolentes. Au toucher, col dilaté à un franc, présentation du sommet en O I G T.

2 janvier : Les douleurs continuent très espacées et très faibles.

3 janvier : A 4 heures du matin, la dilatation est à 5 francs, le col souple; à ce moment, rupture de la poche des eaux. Aucune tendance à l'engagement de la tête qui est très mobile, avec présentation du pariétal antérieur; à 5 heures, anesthésie, et on décide d'intervenir pour une version.

On complète la dilatation à la main.

La main gauche est introduite dans l'utérus en glissant le long du front et abaisse le pied postérieur : le

foetus fait son évolution assez laborieusement; on dégage le siège avec le membre inférieur gauche du foetus; pendant cette manœuvre, un aide abaisse la tête et les bras du foetus à travers la paroi abdominale; malgré cela, au détroit supérieur, les bras se relèvent en extension au-dessus de la tête.

On a beaucoup de peine à les attirer en bas et à les amener en avant de la tête fœtale; cette manœuvre de l'abaissement des bras nécessite des efforts longs et difficiles pendant une durée de 15 minutes; le bras antérieur ne peut être atteint que par un mouvement de rotation de la tête fœtale qui porte ce bras (qui est le gauche) dans le sinus sacro-iliaque droit.

La tête dernière se dégage en O I G T avec la manœuvre de Mauriceau et manœuvre de Champetier. Ce dégagement est rapide et ne nécessite pas une forte pression sur le front; l'enfant est mort-né; on ne constate aucun battement cardiaque et on n'arrive pas à le ranimer.

Délivrance spontanée sans incident.

4 janvier : La malade présente aujourd'hui des phénomènes intestinaux graves avec météorisme; des selles fréquentes très peu abondantes.

On la fait descendre à la deuxième infirmerie.

2^e Infirmerie :

A l'entrée, la malade est très abattue, le teint est très pâle, un peu cireux, le pouls est petit, filiforme à 100. Température = 38°, 2.

Abdomen extrêmement ballonné, sonore partout. La pression est très douloureuse, et la paroi ne se laisse pas déprimer.

Par le toucher le col ne présente rien d'anormal; on ne sent aucune déchirure; les culs-de-sac sont bien souples sans tuméfaction ni empâtement et la pression du doigt n'y provoque pas de douleur.

5 janvier : Injection de térébenthine dans le flanc droit. L'état reste stationnaire.

Les urines présentent un disque assez épais d'albumine.

6 janvier : Le météorisme est très marqué et plus accentué. La malade n'a pas eu de selles ni de gaz depuis deux jours. Les lavements ne pénètrent pas même avec la sonde œsophagienne que l'on peut faire pénétrer sans difficulté jusqu'à 30 cent. de l'anus.

Le pouls et la température ne sont pas modifiés.

La malade a eu quelques nausées et a vomi un peu. Un verre d'eau purgative n'a pas été gardé.

2^e Injection de térébenthine dans le flanc gauche.

7 janvier : La malade a pu absorber deux verres d'eau de Sedlitz qui ont amené trois ou quatre selles contenant des matières en assez grande abondance.

En raison de cette évacuation, on renonce à intervenir par une laparotomie.

Etat général toujours mauvais. Apathie et faiblesse très prononcées. Pas de vomissements.

8 janvier : Mort à 3 heures de l'après-midi sans phénomène nouveau.

Autopsie le 9 janvier :

Le péritoine contient une très petite quantité de sérosité claire : quelques points vascularisés sur le feuillet viscéral de l'intestin grêle mais pas de péritonite.

L'intestin présente deux parties : l'une flasque et aplatie, comprenant le gros intestin et 15 à 20 centimètres de l'intestin grêle (cette portion est située entre l'utérus et l'aile droit du sacrum, sur lequel elle est comprimée, mais pas d'adhérences); l'autre partie, distendue, occupant toute la cavité péritonéale et refoulant les autres viscères, est formée par l'intestin grêle dont toutes les anses sont également dilatées.

L'intestin ne renferme qu'un peu de matières liquides. L'estomac participe à la distension générale de l'intestin.

Dans la *région péri-utérine*, on trouve un hématome anté-utérin siégeant entre la vessie et l'utérus, au-dessous du péritoine dont le repli vésico-utérin est refoulé légèrement en haut; cet hématome de la grosseur d'une mandarine est bien collecté à ce niveau; il est rempli de caillots fibrineux et communique avec la cavité utérine à travers le segment inférieur qui présente une perte de substance assez large.

Comme on a fait une incision médiane, celle-ci a intéressé la déchirure utérine dont les limites sont difficiles à préciser.

Le col utérin ne présente pas de déchirure.

Les culs-de-sac vaginaux sont bien formés et il n'y a pas de saillie de l'hématome dans le cul-de-sac antérieur.

La vessie ne présente pas de déchirure; il existe une petite ecchymose sur sa face postérieure en rapport avec l'hématome; les ligaments larges des deux côtés offrent une infiltration sanguine légère sans masse collective.

Rien à noter du côté des viscères qui ne présentent pas l'aspect ordinaire des cas de septicémie grave.

Le foie notamment n'offre pas de coloration rose pâle.

Les reins ne sont pas hypertrophiés et ne présentent rien d'anormal à la coupe.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Le canal cervico-utérin peut être le siège de déchirures que Doleris divise en quatre catégories (Fraisie, *Nouvelles archives d'Obst. et de Gynécol.*, 1893) :

1° Simple débridement spontané de l'orifice externe sans hémorragie. Normale chez les primipares à terme, cette déchirure transforme l'orifice externe en orifice à deux lèvres l'une antérieure, l'autre postérieure.

2° Déchirure de la portion sous-vaginale du col, s'arrêtant à l'insertion du vagin. L'hémorragie est faible et passagère, la guérison s'effectue par tassement des parties si le milieu reste aseptique. Cette déchirure peut être simple ou multiple, son grand danger est de créer une porte d'entrée aux germes infectieux.

3° La lacération dépasse l'insertion du vagin et peut

s'étendre jusqu'au péritoine sans l'intéresser. Dans ces cas de déchirure profonde, l'hémorragie est presque toujours grave.

En effet, il faut se souvenir que c'est au niveau de l'insertion du vagin que commence la zone musculaire de la matrice. Dans les opérations sur le col tant que la région de l'isthme n'est pas atteinte, l'hémorragie est insignifiante. A ce niveau, la perte du sang peut au contraire devenir assez considérable pour gêner et inquiéter l'opérateur.

Au moment du passage de la partie fœtale, il est rare que le tissu paramétrique ne soit pas atteint. Alors une ou plusieurs branches de l'artère utérine ou l'artère elle-même sont intéressées, ce qui peut produire une hémorragie importante.

Cette hémorragie n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément, même quand après la délivrance, l'utérus se contracte. Cette portion de l'utérus est, en effet, très vasculaire, très amincie et peu rétractile. L'onde musculaire, partie du corps utérin, se propage peu sur cette région et d'autant moins que les fibres musculaires sont rompues.

4° Toutes les couches du corps utérin sont divisées et la rupture s'étend dans l'abdomen. C'est la déchirure complète dont nous n'avons pas à nous occuper.

Nous ne retiendrons dans cette étude que les déchirures latérales du segment inférieur et du col.

D'après Devillez, les manœuvres obstétricales produisent plutôt les déchirures des bords de l'organe, alors que les ruptures spontanées se rencontrent sur toutes les parties de la matrice.

Le point de départ est en général le col, sur ses parties latérales. De là, cette déchirure s'étend le plus souvent dans l'épaisseur des ligaments larges, mais elle peut passer aussi sur les faces antérieure et postérieure.

D'après M^{me} Lachapelle quand l'insertion du placenta est basse, il est rare que la rupture occupe cette région.

Bandl (1) a noté dans son travail que 32 fois la rupture avait eu un point de départ cervical.

Si les déchirures commencent souvent par le col, c'est qu'il est souvent le siège de lésions cicatricielles.

Dans un accouchement antérieur, il s'était produit une déchirure du deuxième degré de Doleris, c'est-à-dire que la portion sous-vaginale toute entière du col avait cédé sans donner lieu à des phénomènes inquiétants.

L'accident avait passé inaperçu et s'était réparé produisant une sténose cicatricielle. Lors d'un nouvel accouchement, cette cicatrice résiste longtemps à la dilatation ; au moment où elle cède, l'effort dépasse le but et la déchirure s'étend sur le segment inférieur. L'accident se produit encore quand par des débridements on a détruit une partie de la cicatrice, si l'on n'a pas eu soin que les incisions comprennent tout le tissu malade.

Voici, à ce sujet, une observation empruntée à Jolly.

(1) Bandl : *Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik*. Vienne, 1875.

OBSERVATION III (résumée)

(JOLLY, 1873. *Des Ruptures utérines*).

*Rupture de l'utérus consécutive à une présentation
du siège.*

X..., multipare. 6 enfants auparavant, un accouchement laborieux ayant nécessité des applications répétées de forceps. Entrée le 25 octobre 1865.

Au toucher on sent un col utérin dévié à gauche, court et ouvert, la lèvre postérieure, mince et confluyente et formée par une cicatrice.

Membranes rompues depuis quelques heures.

Siège en S I G A. Contractions faibles. A 10 h. du soir, le col est non dilaté et non dilatable. On se décide alors à faire des débridements sur la cicatrice; mais ceux-ci restent insuffisants et il faut faire des incisions sur la partie saine.

On applique sur le siège le forceps spécial qui glisse deux fois; on réussit pourtant à abaisser suffisamment le siège pour pouvoir placer dans le pli génito-crural un crochet mousse et de fortes tractions l'amènent au dehors. L'extraction du corps est facile, mais la tête défléchie ne sort qu'après de longues et énergiques tractions. Le chirurgien va ensuite chercher le placenta dans un utérus fortement contracté. Mais bientôt la matrice se relâche et l'examen fait constater une déchirure du col utérin ayant 6 centimètres et se prolongeant sur la paroi vaginale. La rupture porte

précisément sur le tissu cicatriciel que les incisions n'ont pas divisé dans toute son épaisseur et qui a cédé au niveau de l'incision la plus antérieure.

Le doigt, porté au fond de la déchirure, parcourt une assez large cavité à parois molles et vient jusque sous la paroi abdominale un peu au-dessus du pubis droit. Cependant, comme on ne sent pas d'anses intestinales à nu et que la cavité est limitée, il paraît démontré que la déchirure s'ouvre dans l'épaisseur du ligament large et n'intéresse pas le péritoine.

Les suites de couches se compliquèrent d'un phlegmon de la fosse iliaque gauche qui se termina par résolution et le 22 novembre 1865, la femme partait guérie.

A l'examen des organes génitaux, pratiqué ce jour-là, on trouva un col fermé; à gauche et en arrière, la portion vaginale du col est formée par un bourrelet épais de tissu utérin; en avant par une bande de tissu cicatriciel s'étendant jusqu'au cul-de-sac vaginal gauche. En ce point il y a encore un peu de sensibilité à la pression; le corps de l'utérus a son volume normal et est en rétroflexion.

Une déchirure peut encore se produire selon Laborie quand une incision libératrice a porté sur un col trop épais, non aminci et offrant ainsi une grande surface à la section.

Les dimensions de la déchirure sont très variables, suivant qu'elle n'occupe que le col ou qu'elle intéresse toute la hauteur du segment inférieur. On conçoit

que plus cette partie de l'utérus aura été attirée et amincie, plus la déchirure sera longue.

Dans des cas de surdistension du segment inférieur, Demelin a noté 6 centimètres et demi comme hauteur de cette partie et 2 centimètres de hauteur du col. La solution de continuité s'arrête d'ordinaire à l'anneau de Bandl.

L'épaisseur des bords varie aussi avec l'état du segment inférieur qui, dans un cas de Demelin, n'avait que 2 millimètres d'épaisseur ; l'épaisseur moyenne dans les accouchements laborieux étant de 5 à 6 millimètres les bords sont ; quelquefois plus épais que le reste des parois par suite de rétraction musculaire.

Quand la paroi a cédé sous l'effort d'une pression limitée et longtemps prolongée, les bords sont échy-mosés et lardacés, présentant l'aspect de tissus pathologiques.

L'extrême mobilité du péritoine, qui n'est adhérent qu'au niveau de l'anneau de contraction, explique la rareté des lésions de la séreuse, surtout quand la rupture se fait de bas en haut et de dedans en dehors. Il n'en est pas de même quand il y a usure de la paroi contre le promontoire ou une exostose du bassin.

Les lésions de paramétrite qui fixent le péritoine par des adhérences, peuvent favoriser la déchirure de la séreuse.

Les branches de l'artère utérine ou l'artère elle-même peuvent être dilacérées, ainsi que le riche réseau veineux péricervical. C'est ce qui explique l'hémorragie abondante que le segment inférieur, en somme peu vasculaire, serait incapable de donner.

Mais l'hémorragie n'est pas seulement externe, et il se produit le plus souvent un hématome dans l'épaisseur du ligament large.

OBSERVATION IV (Thèse LECLÈRE, Paris 1899),
(résumée)

*Rupture incomplète de l'utérus, avec vaste hématome
sous-péritonéal*

C..., 35 ans, multipare. Cinq accouchements antérieurs normaux. Accouchée chez elle depuis 3 jours au forceps. Rentre pour des douleurs dans le ventre et hémorragie. Ventre ballonné. Utérus gros et dur. Lochies fétides. Température 37°3. Pouls 128. Vomissements. Au toucher on constate une déchirure du col sur le côté droit et remontant sur le segment inférieur qu'elle intéresse dans toute sa hauteur.

On sent nettement à la partie supérieure de la déchirure le corps utérin, dont la paroi est épaissie et fort contractée.

Cette déchirure, très large, permet l'introduction de la main et conduit dans la base du ligament large droit.

A ce niveau, on trouve une masse volumineuse de caillots; au milieu de cette masse, les vaisseaux du ligament large. On fait un drainage vaginal à la gaze iodoformée.

Etat général mauvais, extrémités froides, respiration courte. Mort le lendemain.

Autopsie: A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les anses intestinales, excessivement gonflées. Par place, on observe des dépôts fibrineux, non encore organisés en fausses membranes.

Il existe un vaste hématome du ligament large droit, qui a poussé un prolongement entre l'utérus et la vessie, et s'étend jusque dans l'épaisseur du ligament large gauche.

A droite, l'épanchement remonte jusqu'à l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein qu'il entoure, puis jusqu'au diaphragme.

A gauche, le sang remonte jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessous du rein, mais il est en très petite quantité.

Le rein droit a une atmosphère cellulo-graisseuse imbibée de sang. Cette infiltration empiète légèrement sur les bords et les extrémités du rein, mais n'atteint pas la face postérieure.

L'utérus est gros, globuleux. Sur son bord droit on trouve une solution de continuité qui s'étend de bas en haut et intéresse le col et toute la hauteur du segment inférieur.

En dehors, elle occupe toute la base du ligament large droit; les deux feuillets sont séparés et entre eux courent les vaisseaux sanguins, qui sont complètement séparés, mais non déchirés.

OBSERVATION V (Résumée *in* thèse DEMELIN)

D..., 34 ans, neuvième grossesse à terme.

Début du travail : 23 janvier 1887, à 9 heures du

soir. Rupture des membranes le 24 au matin. A 3 heures après midi, une sage-femme donne du seigle ergoté. A 5 heures, un médecin fait une série d'applications de forceps sans résultats.

La malade entre alors à l'hôpital Tenon, service du Dr Bar. Œdème de la vulve. Utérus en sablier. Ventre douloureux à droite. Pas de battements du cœur fœtal. S I G A complet. A 10 heures du soir, siège à la vulve.

Extraction manuelle, délivrance naturelle.

Mort le 27, avec signe d'hémorragie interne.

Autopsie :

Utérus incliné à gauche. Vaste hématome dans l'intérieur du ligament large droit. L'utérus est flanqué, dans ce point, d'une masse du volume d'une orange, fluctuante, peu tendue, recouverte par les feuillets séreux du ligament large droit, non enflammés. Cette masse fait saillie entre le ligament rond et la trompe. La paroi de la poche ne présente pas de solution de continuité, mais elle est très mince en avant; elle se continue avec la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus. A ce niveau, la séreuse est éraillée par places, et à travers ces éraillures, apparaissent à nu les fibres musculaires.

Cette vaste cavité est remplie de caillots noirs, s'étend en bas jusqu'au plancher pelvien, dans l'épaisseur du ligament large, qui n'a pas été déchiré, et aboutit en dedans à une large rupture utérine portant sur le bord droit du segment inférieur.

En arrière, l'hématome repose sur la face posté-

rière de l'excavation, et en haut, il fuse sous le péritoine, jusque sur la région lombaire droite, à 7 ou 8 centimètres de l'extrémité inférieure du cœcum. Le cul-de-sac vésico-utérin est intact ; en somme, la cavité péritonéale n'est pas ouverte.

OBSERVATION VI

Un cas de rupture incomplète de l'utérus après des tentatives de version et d'embryotomie. — Décollement du péritoine allant jusqu'au sein droit. — Laparatomie.

(M. P. BAR. *Société obstétricale*, juillet 1899)

B... entre à la Maternité de Saint-Antoine le 5 juin 1898. Dilatation du col presque complète, membranes rompues. L'enfant se présente par l'épaule droite en A I G. Procubitus du bras droit. Le cordon, qui ne présente aucun battement, fait procidence jusqu'à la vulve. On a tenté, en ville, de faire la version. A dilatation complète, la femme anesthésiée, l'interne fait deux tentatives de version ; il introduit la main droite, qui repousse la tête, mais il est impossible d'atteindre les pieds. Seconde tentative avec la main gauche, il est également impossible d'atteindre les pieds.

Réveil des contractions utérines, qui sont presque sub-intrantes et accompagnées d'un léger écoulement sanguin. Le bras droit descend de plus en plus jusqu'à la vulve.

Dès mon arrivée, je trouve l'épaule droite à la vulve.

La main, introduite dans le vagin, ne peut passer au-dessus du cou. Je constate qu'un peu de sang s'écoule pendant ces manœuvres. Craignant une rupture utérine, je palpe la malade et ne trouve pas la déformation de l'utérus habituelle à la rupture utérine; je sectionne avec les ciseaux de Dubois la colonne vertébrale, j'extrais le tronc, puis la tête, et je fais la délivrance.

La main introduite dans l'utérus, reconnaît que le pourtour du col est intact; le segment inférieur est également intact du côté gauche, mais du côté droit, la main tout entière pénètre dans un large orifice, qui donne accès dans une vaste cavité encombrée de caillots et au fond de laquelle on croit percevoir les anses intestinales. La face externe de cette cavité est formée par la paroi du corps utérin, complètement isolé, et qu'on peut saisir entre le pouce placé dans la cavité du corps et les quatre doigts placés dehors.

Je fais la laparotomie, je constate alors que le péritoine est intact, mais qu'il est complètement décollé de l'utérus du côté droit; de plus le péritoine pariétal se trouve décollé par le sang jusque sur le côté du rein.

Je retire avec la main une partie des caillots de cette énorme poche; puis sous le contrôle d'un aide qui surveille le péritoine, j'introduis de la gaze iodoformée jusqu'au niveau du rein.

Je tamponne doucement cette cavité sous-péritoniale; lorsque le tampon arrive à la plaie utérine je laisse pendre mon chef dans le vagin. Je tamponne le corps utérin et le vagin, puis la cavité péritonéale est refermée.

Les suites ont été régulières. Deux jours après l'opération je retire le pansement utéro-vaginal, mais je laisse la gaze qui se trouve à côté de l'utérus ; je place un nouveau tampon vaginal.

Le troisième jour, j'enlève une partie du tampon qui se trouve à côté de l'utérus ; le tampon est totalement enlevé le sixième jour après l'opération.

La malade sort de l'hôpital dix-sept jours après l'opération. Nous l'avons revue trois mois plus tard ; le col de l'utérus était récliné à droite ; le corps de l'utérus était mobile.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement

Le pronostic des déchirures du canal cervico-utérin doit toujours être réservé :

1^o Un facteur important est l'étendue de la lésion. Un simple prolongement de la déchirure du col qui se produit souvent chez les primipares donne peu de sang et n'effraye pas l'accoucheur. Il faut cependant se rappeler qu'elle crée une porte d'entrée pour l'infection. Souvent, pendant les quelques jours qui suivent, la femme présente une légère augmentation de température, qui s'explique facilement quand on sait combien il est difficile d'aseptiser le vagin infecté antérieurement.

La cicatrice qui en résulte, compliquée parfois par des brides vaginales, peut être une cause de stérilité ultérieure, ou gêner un futur accouchement et être le

point de départ d'une déchirure étendue (Observation II).

2° Il faut faire rentrer en second lieu dans le facteur du pronostic, le siège de la lésion :

Dans les déchirures antérieures, la vessie peut être intéressée. Si elle est à l'état de vacuité, elle fuit facilement devant le traumatisme grâce à la laxité du tissu cellulaire qui l'unit à l'utérus. Mais si elle est à l'état de réplétion et surtout si une paramétrite antérieure l'a fixée à l'utérus, elle est exposée à participer à la déchire. Dans ce cas, les chances d'infection sont bien augmentées et quand la guérison survient, il existe souvent une fistule vésico-vaginale qui nécessite une opération ultérieure.

Les déchirures latérales qui coïncident avec l'insertion du ligament large forment dans le tissu cellulaire qui sépare les deux feuillets de vastes clapiers qui soulèvent la base du ligament et qu'il est impossible de nettoyer. La proximité du vagin favorise l'infection ; les femmes peuvent succomber à la septicémie aiguë.

Dans certains cas, l'hémorragie extérieure est peu abondante ; à l'autopsie, on ne constate pas d'infiltration sanguine sous-péritonéale ; on a même fait un tamponnement utérin antiseptique et cependant les malades succombent, malgré les efforts de l'accoucheur : c'est encore par la septicémie aiguë qu'on essaye d'expliquer ces morts, à moins qu'elles ne résultent de phénomènes d'inhibition à la suite de lésions des nerfs et des ganglions nerveux péri-utérins.

Dans d'autres circonstances, surtout dans les cas de placenta prævia, malgré le tamponnement un suintement même léger suffit à amener une anémie grave et à mettre les jours de l'accouchée en danger.

En somme le grand danger paraît être l'hémorragie qui amène l'anémie grave et mortelle; nous possédons dans le tamponnement un moyen le plus souvent efficace pour y remédier. C'est pourquoi loin de la ville ou des services hospitaliers l'accoucheur doit craindre particulièrement les déchirures et l'hémorragie. A la campagne, l'accoucheur n'a sous la main ni les aides, ni les objets nécessaires, soit à une désinfection minutieuse, soit à un tamponnement aseptique et efficace.

On doit se rappeler que les déchirures même peu étendues peuvent occasionner la mort. En voici un cas frappant :

OBSERVATION VII

due à l'obligeance de M. le Dr Vinay, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu (Lyon) rédigée par M. Planchu, interne du service (juillet 1898).

Madame X..., primipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, ayant fait les eaux et avec une dilatation égale à un franc. Le col est dur, très résistant. L'examen du bassin dénote un promonto-sous-pubien de 10 1/4. La tête assez volumineuse reste élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur sans tendance à l'engagement.

Le segment inférieur est épais et résistant, très mal constitué.

Pour hâter la dilatation du col, et à cause de l'absence de la poche des eaux et d'autre part pour ménager une quantité suffisante de liquide amniotique en vue d'une version possible ultérieure, on applique le ballon de Champetier de Ribes, vers 2 heures de l'après-midi. Pendant les 5 ou 6 heures qui suivent, malgré de très violentes douleurs le col se dilate peu, reste résistant. Il cède en partie vers 11 heures du soir et est jugé à ce moment suffisamment dilatable, pour espérer le passage du fœtus.

D'autre part, les bruits du cœur se sont accélérés, sont devenus irréguliers, il y a à craindre pour la vie de l'enfant.

La version podalique est pratiquée vers minuit. L'anneau de Bandl est légèrement saillant, mais paraît peu résistant et peu tendue. La saisie du pied antérieur et l'évolution fœtale se font facilement, ainsi que l'abaissement des bras. Mais il devient impossible par la manœuvre de Mauriceau de faire passer la tête. La manœuvre de Champetier, combinée à la précédente, n'aboutit à aucun résultat et au bout d'un quart d'heure d'essais infructueux, il paraît certain qu'il y a un obstacle insurmontable à la tête, venant à la fois du bassin et des parties molles.

On pratique alors la craniotomie sur tête dernière par perforation de l'occipital et on évacue le plus possible, le contenu du crâne.

De nouvelles tractions sont alors opérées et assez

brusquement la tête descend dans l'excavation et est dégagée à la vulve.

La malade a aussitôt après une hémorragie, qui sans être très abondante, impose la délivrance artificielle, les injections chaudes intra-utérines, une injection d'ergotine. L'attention n'étant pas attirée du côté du segment inférieur, on ne soupçonne pas la déchirure de cet organe.

L'hémorragie s'étant calmée, mais non arrêtée, la malade est remise dans son lit et surveillée toute la nuit.

Un suintement persiste, trop léger pour paraître dangereux; il continue le lendemain et finit par s'arrêter et perdre tout caractère anormal.

La malade est très anémiée, d'aspect cireux, elle reprend néanmoins des forces et paraît hors de danger.

Le surlendemain de l'accouchement, brusquement, au moment où elle s'était assise sur son lit pour manger un potage elle retombe sur son oreiller, et expire avant même qu'on ait pu lui porter secours.

Autopsie 24 heures après.

L'ouverture de l'abdomen montre que la cavité péritonéale est indemne de tout épanchement sanguin, le péritoine n'étant intéressé par aucune solution de continuité utérine. En revanche on aperçoit par transparence, ayant décollé le feuillet postérieur des ligaments larges, un hématome qui s'étend en haut dans la fosse iliaque et jusqu'au niveau de la région lombaire. L'ablation de l'utérus permet de constater au-dessous des limites du péritoine et siégeant à peu près au tiers

inférieur de l'organe une déchirure verticale et latérale portant sur le segment inférieur et sur le col utérin.

Cette déchirure a environ six à sept centimètres d'étendue. L'hématome précédemment signalé a fusé un peu du côté opposé et envahi une partie de la fosse iliaque et de l'excavation.

Dans ce cas, la lésion bien qu'extra-péritonéale et sans très grande gravité locale, a occasionné une mort rapide, qui est due probablement à l'hémorragie post-partum, plutôt qu'à une septicémie, la malade n'ayant pas de température.

Une syncope est vraisemblablement survenue au moment où la malade s'asseyait sur son lit.

En présence d'une hémorragie permettant de soupçonner une rupture du segment inférieur, il faut intervenir dans le plus bref délai. Il ne faut pas compter sur les moyens employés dans l'inertie utérine, destinés à réveiller la contraction utérine et à utiliser les « ligatures vivantes », de Pinard. Le segment inférieur est peu contractile et les frictions utérines par exemple ne peuvent amener aucun résultat.

Quand on emploie les injections très chaudes, pour amener l'hémostase, on cherche à utiliser l'effet de la haute température sur la contractilité de la fibre musculaire et sur la coagulation du sang. Ici la contractilité est à peu près nulle et insuffisante; quant aux caillots qui se formeraient ainsi sur les bords de la plaie, ils seraient bien vite chassés par le sang issu de

vaisseaux non comprimés par la contraction musculaire.

On ne doit pas compter beaucoup sur l'action de l'ergot de seigle si utile dans les cas d'inertie utérine. Ici la contractilité utérine ne peut être mise en jeu. On devra toujours néanmoins combiner ce moyen au tamponnement.

Dans les déchirures profondes du col on a préconisé la ligature préventive de l'artère utérine, correspondant à la lésion, à travers la voûte du vagin. L'idée de cette manœuvre a été empruntée à l'amputation du col supra-vaginal de Schröder, dans laquelle la ligature est pratiquée comme temps préliminaire de l'opération. Cette ligature, pratiquée en se guidant sur l'index gauche, serait d'après Dührssen, plus sûre et plus praticable que la suture. Mais cette ligature pratiquée du bout des doigts sans le contrôle de la vue est très difficile et exige une grande habitude des opérations gynécologiques. Elle doit être d'ailleurs inefficace, étant donné le grand nombre des anastomoses entre les artères des deux côtés.

Coaptation directe des bords de la plaie. — Dans les déchirures profondes du col, Doleris et son élève Fraisse, de Roubaix, ont employé une méthode de coaptation directe qui leur a donné de bons résultats : ce procédé est emprunté à Briesky.

Voici comment le décrit Fraisse dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* :

« La source de l'hémorragie étant reconnue ou soupçonnée, on introduit dans le cul-de-sac vaginal pos-

« térieur, les quatre derniers doigts de la main gauche.
« Tandis que les doigts soulèvent la lèvre inférieure
« du col et la poussent fortement vers la symphise;
« c'est-à-dire contre la lèvre supérieure, l'autre main,
» restée extérieure, saisit le globé utérin et l'infléchit
« en sens inverse, de manière à produire une anté-
« flexion et un tassement forcé du corps sur le col.
« Par le fait de cette action combinée, les surfaces
« créées par le traumatisme sont remises en contact
« et subissent une pression extérieure qui assure
« l'hémostase par rapprochement énergique des points
« désunis. On maintient cette coaptation, pendant, 5, 6,
« 10 minutes; retirant alors les doigts avec précau-
« tion, on s'aperçoit qu'il ne vient plus de sang. »

Nous n'essaierons pas de juger ce procédé qui peut donner de bons résultats dans les déchirures du col, mais qui est manifestement insuffisant dans les ruptures du segment inférieur.

La suture. — Au sujet d'une déchirure du canal cervico-utérin, comme pour toute autre déchirure, la première pensée qui se présente à l'esprit est de suturer les bords de la plaie. Ce serait évidemment la méthode de choix si elle était toujours praticable.

Dans les déchirures profondes du col, elle doit être appliquée séance tenante et la réparation doit être parfaite au point de vue plastique et fonctionnel.

Il est alors possible d'abaisser l'utérus d'une manière suffisante pour voir ce que l'on fait, malgré le sang, et comprendre toute la hauteur de la plaie.

Dans ce cas l'abaissement de l'utérus amène une

hémostase passagère qui facilite les manœuvres.

En est-il de même quand le segment inférieur est intéressé ? Dans ces cas, l'hémorragie est abondante ; la première indication est de l'arrêter le plus tôt possible.

La suture demande du temps : elle exige de l'opérateur une grande habileté acquise par la pratique de la gynécologie. Il faut opérer au bout des doigts, sans autre contrôle que le toucher, car il ne faut pas songer à attirer le segment inférieur à la vulve et l'exposer à la vue. L'utérus à la fin de l'accouchement est très haut et difficile à abaisser et si l'on est obligé de suturer jusqu'à l'anneau de contraction, la chose sera vraiment impossible.

De plus la suture exige un arsenal spécial que tous les accoucheurs n'ont pas sous la main.

Dans quelques cas les sutures peuvent gêner pour faire un tamponnement serré et il faut les faire sauter après les avoir placées.

Comment d'ailleurs faut-il espérer faire tenir une suture sur les bords de la plaie, minces et souvent déchiquetés. On s'expose à prendre en même temps du tissu cellulaire environnant qui gênera la coaptation, laissera l'hémorragie se continuer et dans les cas les plus favorables, amènera une cicatrice plus ou moins vicieuse.

Au moment où on pratique la suture il s'est souvent déjà formé un hématome péri-utérin et comme le dit M. Commandeur, est-il prudent d'emprisonner ainsi de volumineux infiltrats sanguins ?

Le tamponnement. — Le tamponnement est la méthode de choix facilement praticable par tous les accoucheurs, même à la campagne ; il assure le plus souvent une hémostase parfaite. A la clinique de M. le professeur Fochier, c'est la méthode employée ainsi que le prouvent les observations de M. Commandeur, accoucheur des hôpitaux, publiées dans l'*Obstétrique*, 15 juillet 1900.

OBSERVATION VII (M. COMMANDEUR)

O I G P. — Forceps. — Résistance du col. — Déchirure bilatérale du col. — Suture et tamponnement, — Guérison.

(COMMANDEUR, *Obstétrique*, 15 juillet 1900)

Euphrasie J..., 36 ans, primipare, entre le 8 juin 1898, à la clinique obstétricale, aux douleurs depuis 5 jours. Antécédents héréditaires sans intérêt. Elle n'a jamais été malade, sauf pendant la grossesse actuelle, où elle a eu vers quatre mois et demi une atteinte de rhumatisme articulaire et de sciatique.

Réglée à 17 ans, toujours régulièrement. Elle a fait en mai 1897, une fausse couche de trois mois et demi. Elle présente un embonpoint considérable. Depuis les derniers temps de la grossesse, la marche est pénible et la malade garde le repos. La grossesse actuelle daterait du mois d'août 1897 (D. R. 19 août). Les douleurs ont commencé le 3 juin à midi, très espacées avec quelques glaires. Elles restent ainsi jusqu'au

7 juin où elles deviennent à partir de midi très intenses, revenant toutes les 5 minutes. Le lendemain, le travail ne se terminant pas, on la transporte à midi à la Charité.

A l'entrée on constate que la tête est amorcée au détroit supérieur en O I G. Le maximum des bruits du cœur est à 13 centimètres au dessus du pubis et à 3 centimètres de la ligne médiane : 144 à la minute. Au toucher, dilatation à 2 francs, col mince. On affleure la tête sans pouvoir atteindre nettement une suture ni une fontanelle.

Température : 38°, 1. Pas d'albumine dans les urines. A 3 heures, tête en O I G P. Col dilaté à 6 centimètres. Les bruits du cœur sont à 120, mal frappés.

A 4 heures 1/2, la souffrance de l'enfant s'accroissant on décide l'intervention.

Application du forceps dans le diamètre oblique gauche. Cuillers de Tarnier. Lacs de Laroyenne. Tractions discontinues pendant 10 minutes. Le col, entraîné avec la tête, se dilate lentement.

La tête est amenée en transverse et on procède à une deuxième application dans le diamètre oblique droit. Le sous-occiput se fixe sous le pubis, on enlève le forceps et la tête est dégagée manuellement. Un circulaire du cordon autour du cou. En cherchant à le faire glisser sur la tête, le cordon se rompt. Extraction rapide et pincement du cordon.

La sortie de l'enfant est suivie d'un flot de sang. On comprime l'aorte et on explore le canal utéro-vaginal. Le col est déchiré à droite et à gauche sur toute la hauteur de la portion vaginale. On fait rapidement

l'extraction manuelle du placenta. Les deux lèvres du col sont érignées et amenées à la vulve. On suture la déchirure droite, mais on ne peut suturer la déchirure gauche qui se prolonge sur le vagin. Toute cette zone est tamponnement avec une mèche de gaze iodoformée, sans tamponnement de la cavité utérine, car l'organe se contracte bien.

L'hémorragie s'arrête. La perte de sang peut être évaluée à 500 grammes.

Injection sous-cutanée de 1.000 grammes de sérum artificiel. Pouls 116. L'enfant pèse 4.430 grammes. En état de mort apparente, il est ranimé au bout de 4 h. 20 de soins.

Il a vécu seulement 44 heures.

Les suites ont été simples. La mèche est enlevée le lendemain. Une seule élévation de température à 38°, 4, le quatrième jour qui tombe le lendemain. Sort dix-neuf jours après.

Un an après, elle présente dans le cul-de-sac latéral gauche une cicatrice en ogive qui descend sur le vagin, adhère à la branche ischio-pubienne gauche, s'étendant jusque près de la vulve et se bifurquant en haut.

OBSERVATION IX

Rétrécissement asymétrique du bassin par luxation paralytique de la hanche droite. — Version. — Déchirure de la partie latérale droite du segment inférieur et du col au passage de la tête dernière chassée par une forte douleur. — Hémorragie for-

midable. — Tamponnement total. — Hémorragie secondaire lors de l'ablation de la mèche. — Guérison.

(COMMANDEUR, *Obstétrique*, 15 juillet 1900)

Franceline M., 57 ans, secondipare, entre aux Expectantes de la clinique, le 3 mars 1899. Elle a marché à un an et n'a commencé à boiter qu'à 3 ans 1/2, mais sans ressentir aucune douleur. La boiterie a augmenté progressivement jusqu'à 18 ans.

A 18 ans, elle ressentit dans la jambe droite de vives douleurs qui persistent et gênent considérablement la marche. La pression sur la hanche est douloureuse. Le membre inférieur droit est notablement plus court que le gauche. Les mouvements d'abduction sont très limités. Le grand trochanter fait une saillie exagérée à droite et est situé à un niveau plus élevé que le gauche. Dans les mouvements de flexion on sent filer en arrière la tête fémorale et on perçoit un craquement. Le trochanter droit est à 3 centimètres au dessus de la ligne bis-épine iliaque, le gauche à 5 centimètres au-dessous. La distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne du genou est de 37 centimètres 5 à droite et 44 centimètres à gauche. Pas de raccourcissement vrai du squelette du membre inférieur droit.

Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 centimètres 5, le promonto-pubien minimum peut être évalué de 8 3/4 à 9 centimètres. La moitié droite du bassin est fortement réduite et le sinus sacro-iliaque très étroit. La moitié gauche paraît bonne.

Réglée à 19 ans, toujours régulièrement, elle a eu il

ya trois ans un premier accouchement normal d'un enfant actuellement bien portant. Dernières règles en juillet 1898.

Pendant sa puberté, elle a pris des crises qui ont disparu depuis sa première grossesse et qu'on peut rapporter à l'hystérie car elle présente encore la sensation de la boule, de l'anesthésie réflexe coréenne et pharyngée et de l'hémianesthésie droite.

A l'entrée le segment inférieur n'est pas constitué. Le col long et mou. La tête très mobile, bien au-dessus du détroit supérieur en O I D P. Abdomen volumineux, enfant déjà gros.

Le travail débute le 7 mai à 4 h. 30 du matin. Elle entre à la salle des douleurs à 10 heures du matin. La dilatation est alors à 5 francs.

La tête reste mobile en O I D P. L'occiput est en rapport avec la portion étroite du bassin. On décide de faire à dilatation complète la version par le grand tour pour amener l'occiput du côté large du bassin.

A 11 h. 1/2, la dilatation est presque complète. La poche des eaux intacte. La tête toujours mobile en O I D P, très élevée élevée débordant légèrement sur la fosse iliaque droite et un peu inclinée sur l'épaule postérieure; col très souple; anneau de contraction non accessible.

A midi, dilatation complète. La version est décidée, indiquée par la position droite de la tête et son défaut d'adaptation au détroit supérieur.

Anesthésie. Introduction facile de la main droite. Le segment inférieur est mince et souple, les contractions rapprochées et intenses. Saisie des deux pieds.

Evolution facile par le grand tour. Le siège descend. Anse au cordon. Dégagement du bras postérieur par le plan ventral du fœtus.

Introduction de la main gauche pour abaisser le bras antérieur. Au moment où les doigts refoulent le coude vers la face, une contraction utérine violente, chasse la tête et le bras non abaissé. L'enfant du poids de 3.990 grammes sort comme un boulet.

A peine l'enfant sorti, survient une hémorragie violente. La compression immédiate de l'aorte ne l'arrête qu'incomplètement. L'exploration au doigt fait reconnaître une large déchirure du col à droite, se prolongeant à droite et en arrière et sous le segment inférieur jusqu'au voisinage de l'anneau de contraction nettement perceptible. Le péritoine ne semble pas ouvert, à gauche le col est déchiré seulement dans sa portion intra-vaginale.

Extraction manuelle du placenta. Le corps utérin se contracte bien. Ergotinine, 6 gouttes en injection sous-cutanée.

Le col est amené à la vulve avec une pince de Hégar sur chaque lèvre. On suture le col à droite (4 points) et à gauche (2 points). A travers le col reconstitué on tamponne l'utérus, puis le segment inférieur, mais le sang filtre toujours. Les sutures du col sont alors enlevées, et on fait un tamponnement très serré de l'utérus, du segment inférieur et du vagin; le sang s'arrête. Injection de 800 grammes de sérum. Pouls très petit et très accéléré. Vertiges.

A 5 heures l'écoulement sanguin recommence mais les phénomènes d'anémie ne s'accroissent pas. La

malade se plaint d'une vive douleur dans le bas-ventre; surtout du côté droit qui est très sensible.

A 7 heures, injection de 400 grammes d'eau salée. Le poulx remonte.

Vers 7 heures une syncope plus accusée se produit.

A 7 h. 1/2 le professeur Fochier voit la malade et ne juge pas indiqué de faire le Porro. On comprime à nouveau le tampon et on le renforce d'une nouvelle mèche. A partir de ce moment il n'y a plus de suintement.

8 mai : Troubles anémiques diminuent. La malade s'alimente. Température 37°5.

9 mai : On enlève la partie vagino-cervicale du tampon. L'hémorragie est arrêtée. Toucher vaginal très douloureux. (Edème du périnée et de la grande lèvre droite.

Le soir t. = 39°. Au toucher, on sent en arrière de la vessie et bombant énormément dans le cul-de-sac antérieur, une masse du volume d'un petit œuf et se prolongeant vers la droite et extrêmement douloureux.

Injection de 1 centimètre cube de térébenthine au flanc gauche.

10 mai : La malade souffre moins. La montée de lait s'est faite avec intensité et la malade demande à nourrir son enfant.

15 mai : Ces derniers jours, malgré la température qui se maintient autour de 39°, la malade souffre moins, se trouve mieux. Elle s'est plainte ce matin d'avoir un peu d'incontinence d'urine. Poulx autour de 130. L'urine retirée à la sonde est trouble et donne après filtration une notable quantité d'albumine.

18 mai : On enlève une mèche profonde que l'hémalome anté-utérin rendait inaccessible les jours précédents. Il se produit une nouvelle hémorragie d'environ 200 grammes qui cède à un nouveau tamponnement.

20 mai : On enlève le tamponnement. Pas de nouvelle hémorragie. La température tombe définitivement.

30 mai : La malade va bien, reprend peu à peu ses forces et ses couleurs.

26 juin : Malgré la longueur de la convalescence, la malade se remet bien, elle reste levée toute la journée.

OBSERVATION X

Rétrécissement du bassin. — Résistance du col. — Forceps. — Déchirure du segment inférieur au niveau du promontoire. — Hémorragie. — Tamponnement. — Guérison.

(COMMANDEUR. *Obstétrique*, 12 juillet 1900)

Valentine G. . ., 26 ans, primipare, entre aux Expectantes de la clinique, le 12 avril 1899. Ses antécédents n'ont rien de particulier. A marché à 18 mois. Aucune maladie.

Réglée depuis l'âge de 17 ans, régulièrement.

Dernières règles au commencement d'août 1898.

Grossesse bonne.

A son entrée, tête en bas, mobile en O I G. Utérus cordiforme, tête petite, beaucoup d'eau. Promontoire à 12 centimètres du sous-pubis.

Douleurs débutent le 16 mai, à 7 heures du soir.

Le 17, à 10 heures du matin, la dilatation est complète. On rompt artificiellement les membranes, il s'écoule environ 600 grammes de liquide. La tête est toujours mobile en O I G A, la fontanelle antérieure à droite du promontoire, la petite fontanelle inaccessible, le pariétal antérieur chevauche sur le postérieur.

Bruits du cœur entre 144 et 155.

A midi, les douleurs traînent toujours, les bruits du cœur fœtal restent accélérés et irréguliers. On décide une application du forceps. Cuillers de Tarnier avec lacs. Prise asymétrique de la tête, traction sur les lacs. On perçoit à un moment donné un craquement. Les tractions sont faites intermittentes et lentes à cause de l'état de tension de l'orifice utérin. La tête dans l'excavation, les tractions restent sans effet. Les bruits du cœur vont bien. Dans une dernière traction, on sent glisser les cuillers de Tarnier. On retire alors le forceps et on applique à nouveau avec les cuillers de Levret; trois tractions permettent d'extraire un enfant volumineux (4.050 gr.) qui présente une fracture en étoile sur la bosse frontale et qui ne peut être ranimé.

Bientôt après la sortie de l'enfant, se déclare une hémorragie importante. L'utérus est mou. La délivrance artificielle est immédiatement pratiquée.

Injection d'ergotinine, 6 gouttes. L'hémorragie persiste avec un caractère de gravité évidente.

On fait alors la compression de l'aorte et on examine avec soin l'état du col et du segment inférieur. Le col est indemne sur sa face vaginale, mais en lon-

geant la face interne on sent sur sa paroi postérieure une perte de substance transversale d'environ 4 centimètres de long et située à environ 5 centimètres de l'orifice externe du col. A travers cette perte de substance, on sent avec une netteté extrême la saillie du promontoire. On ne peut se rendre compte si le péritoine est lésé ou non. Le col est érigé, attiré à la vulve et on tamponne l'utérus, le segment inférieur et la partie supérieure du vagin à la gaze stérilisée. On soutient le tampon pendant environ 3/4 d'heure avec deux doigts placés dans le vagin. L'hémorragie s'arrête.

Injection de 600 centimètres cubes d'eau salée.

Le poulx, qui était monté à 120, retombe progressivement.

La malade se plaint d'une vive douleur à l'hypogastre.

Le lendemain, on enlève 1 m. 50 de la bande de gaze et 12 mètres le 20 mai. L'hémorragie ne se produit plus. La température reste au-dessus de 38° le soir, jusqu'au dixième jour, puis retombe à la normale.

La malade se lève le treizième jour et sort le vingtième jour en bon état.

A la Société d'Obstétrique de Londres, le 3 janvier 1900, M. le Dr Herbert Spencer a rapporté quatre cas de guérison de rupture à l'utérus, traités par le tamponnement à la gaze iodoformée. Nous n'avons pu nous procurer ses observations, mais nous publions le compte rendu de la discussion à laquelle cette communication a donné lieu.

Tous les cas cités ne sont pas seulement des ruptures du segment inférieur, mais bien des ruptures complètes de l'utérus et les indications de la laparatomie et de l'hystérectomie vaginale, nous semblent bien posées dans cette discussion.

Le Dr Herbert Spencer lit une communication sur quatre cas de rupture de l'utérus localisés au sac, traités avec succès par le tamponnement par le vagin avec la gaze iodoformée.

Ce sont les seuls cas où il ait adopté ce mode de traitement et ce sont les seuls cas où il ait vu des guérisons. Tous les autres (8 environ) sont morts en quelques heures de shock ou d'hémorragie, ou en quelques jours de septicémie.

Trois fois, il a fait l'hystérectomie abdominale avec issue fœtale. Après quelques remarques publiées dans les *Rapports d'obstétrique* en 1897, sur le grand danger de l'hystérectomie abdominale chez les malades sous l'influence du choc du fait de la rupture de l'utérus, il exprime l'opinion que la mortalité peut être abaissée par l'emploi du tamponnement à la gaze iodoformée.

Faisant allusion à l'emploi du tamponnement à la gaze proposé par d'autres, il exprime son opinion pour la soumettre à la discussion.

Traitement de la rupture de l'utérus

1° La laparatomie est rarement indiquée et seulement dans les cas où le fœtus a passé complètement ou en grande partie dans la cavité abdominale.

On peut l'exécuter rapidement avec anesthésie locale par injection, on la fait suivre d'un lavage du péritoine avec une solution salée ; on suture la déchirure si c'est possible, sinon on la bourre avec de la gaze iodoformée et on draine par le vagin ou l'abdomen.

2° L'hystérectomie abdominale n'est presque jamais nécessaire : quand les ligaments larges sont endommagés au point de compromettre la vitalité de l'utérus, il faut faire l'hystérectomie vaginale.

3° Toutes les déchirures incomplètes intéressant le ligament large et les déchirures plus complètes seront traitées par le tamponnement de la rupture par voie vaginale avec de la gaze iodoformée, après avoir enlevé les caillots et le sang liquide.

Le Dr Peter Hobroks pense qu'il faut faire une sérieuse distinction entre les cas de déchirure du col et de rupture de l'utérus.

Dans deux cas du Dr Spencer la déchirure n'avait pas pénétré dans la cavité abdominale. De tels cas guérissent bien sans tamponnement à la gaze et mieux sans traitement du tout ; l'important est d'arrêter l'hémorragie et de tout faire aseptiquement. Il y a eu quelques cas où le péritoine était ouvert et où le résultat fut très satisfaisant dans ces dernières années. Il attribue ceci, non seulement au tamponnement à la gaze mais aussi à ce fait que le travail avait été conduit aseptiquement. Il donne des détails sur un cas dans lequel la déchirure avait été suturée mais la malade mourut en 48 heures.

Dans un autre cas il fit deux points de suture pour réunir un peu la plaie béante et la bourra ensuite de

gaze stérilisée que l'on changeait toutes les 12 heures pendant les premiers jours et plus tard une fois par jour. La patiente guérit très bien mais une des sutures amena des troubles et fut enlevée neuf mois plus tard. Elle a eu depuis un enfant vivant, le travail ayant été provoqué au huitième mois.

Il donne des détails sur trois autres cas heureux où l'on employa la gaze stérilisée avec des lavages avec une solution de teinture d'iode.

Il pense que le Dr Spencer a laissé la gaze en place trop longtemps. Il croit que le meilleur traitement dans les cas qui ne peuvent être ainsi traités est l'ouverture de l'abdomen avec suture de la plaie avec de la soie stérilisée.

Il donne des détails sur un autre cas où il fit ainsi avec succès et la malade guérit bien que la plaie abdominale se fût rompue et que les intestins fussent sortis vers le dixième jour.

Il ne voit pas de raison pour remplacer la gaze stérilisée par la gaze iodoformée.

Le Dr Herman dit que la suture d'une rupture de l'utérus est inutile à moins de réunir avec soin les lèvres de la plaie dans toute sa longueur : un ou deux points de suture espacés sont plus nuisibles qu'utiles.

Dans les cas où l'on ne peut faire la suture complète de la plaie, il pense qu'il vaut mieux faire un tamponnement à la gaze iodoformée.

Si la déchirure était placée de telle façon que le tamponnement fût impossible, il croit que l'hystérectomie vaginale laisse au malade les meilleures chances de survie.

Le Dr Lewers dit qu'il y a environ dix-huit mois, il a eu à l'hôpital de Londres un cas de rupture de l'utérus traité par le tamponnement à la gaze iodoformée et dans lequel la malade guérit après avoir été très malade pendant une semaine.

Le Dr Lewers dit que la force de la gaze iodoformée varie beaucoup et, sauf les cas où l'on emploie de la gaze faiblement chargée, il y a un grand danger d'intoxication par l'iodoforme. Il a, depuis peu, employé la gaze phéniquée avec des résultats satisfaisants.

Le Dr Drummond Robinson est très intéressé par ce sujet. Il a eu à soigner trois cas de rupture de l'utérus. Dans un des cas, la malade mourut en 2 heures d'une rupture complète. Dans les deux autres, il y eut guérison. Dans le premier cas, la rupture incomplète intéressait le ligament large gauche. Il y eut une très petite hémorragie sur le moment et plus tard. La malade guérit sans drainage.

Le deuxième cas est celui d'une multipare de 40 ans passés, accouchée au forceps. La déchirure complète à travers le col et le segment inférieur en avant fut bourrée avec de la gaze. La patiente fut très malade pendant une quinzaine, mais, par la suite, elle guérit et donna naissance très normalement à un autre enfant. Quelques jours après la rupture, une fistule s'ouvrit vers l'ombilic et guérit en quelques jours.

Le président dit que l'absorption de l'iodoforme augmente la fréquence du pouls qui peut prêter à confusion et être prise pour un symptôme de septicémie.

Beaucoup d'auteurs étrangers font des objections

sur l'emploi de l'iodoforme ou de tout autre antiseptique chimique dans le tamponnement des plaies.

Le Dr Spencer croit-il que l'iodoforme soit un agent antiseptique et germinicide très actif ?

En réponse, le Dr Spencer dit que, dans ses cas, deux fois la rupture est complète et deux fois incomplètes. La distinction entre les déchirures du col et les ruptures du corps ne peut être nettement établie : dans ce dernier cas, le col participe souvent à la lésion. Des cas légers de rupture du col en haut et même au-dessus de l'insertion vaginale peuvent être de minime importance : mais quand, comme dans deux de ses cas, le col et le segment inférieur sont déchirés sur une étendue permettant d'introduire la moitié de la main dans le ligament large, le danger est grand car il y a hémorragie et shock.

L'étendue de la déchirure utérine est moins importante que celle des vaisseaux et du tissu du ligament large. Il a vu la mort survenir dans un cas où la déchirure du col était si petite qu'elle n'intéressait pas les deux orifices.

Son opinion fondée sur son expérience est que les graves déchirures incomplètes emportent plus de femmes que les déchirures complètes.

Il insiste de nouveau sur le grand danger de la laparotomie dans les ruptures de l'utérus et accepte pleinement les remarques du Dr Herman sur l'inutilité de la suture partielle. Il considère comme peu désirable d'injecter un liquide irritant comme la solution d'iode dans le péritoine, et comme dangereux de donner du chloroforme et de changer la gaze toutes les 12 heures.

La gaze iodoformée peut être laissée en place six jours et plus.

Les cas rapportés par les autres auteurs accroissent sa confiance en la valeur du tamponnement à la gaze.

Bien que la gaze iodoformée ne soit pas sans danger, il pense que, dans les cas très anémiés, comme ceux qui sont l'objet de la discussion, elle était moins à craindre que la gaze phéniquée, ou même la gaze stérilisée qui ne peut rester longtemps aseptique dans le vagin.

Le tamponnement peut ne comprendre que le canal cervico-utérin, c'est le tamponnement de Tarnier qui peut quelquefois suffire pour les déchirures du col, quand on a un utérus bien rétracté. Il expose davantage à l'inertie secondaire, le sang qui a imbibé le pansement s'amassant en haut dans la cavité utérine.

Le tamponnement à la Dührssen complet de tout le conduit utéro-vaginal est une sorte de *plombage* de ce conduit avec la gaze iodoformée. Voici le procédé employé à la clinique d'accouchement de M. le professeur Fochier.

La femme est mise en position obstétricale sur un lit élevé : on procède à une dernière toilette antiseptique de la vulve et du vagin. Avec une pince de Hégar, on saisit la lèvre antérieure du col qu'on abaisse et qu'on confie à un aide. A travers la paroi abdominale, un autre aide appuie sur le fond de l'utérus, l'abaisse et le fixe. La main gauche de l'opérateur introduite dans le vagin, deux doigts dans le col, ser-

vira de guide pour porter la gaze jusqu'au fond de l'utérus.

A la clinique, on se sert le plus souvent de gaze stérilisée au lieu de gaze iodoformée. Il n'est pas nécessaire, en effet, de chercher un agent antiseptique qui, peut-être, ne restera pas longtemps en place, n'aura pas le temps d'agir et pourra amener une intoxication dans un organe déjà affaibli.

Dans la clientèle de ville et à la campagne, on peut se servir de gaze Robert stérilisée livrée dans des flacons en verre, et se conservant bien aseptique.

A la clinique du professeur Fochier, les bandes de gaze ont 10 centimètres de largeur, et sont à quatre doubles. Il n'en faut pas moins de 12 à 14 mètres pour faire un tamponnement complet et suffisamment serré. Dans quelques utérus surdistendus et peu revenus sur eux-mêmes on a pu mettre jusqu'à 17 mètres de gaze. Il est bon de tremper la gaze, avant de l'employer, dans de l'eau stérilisée et de l'exprimer ensuite fortement pour empêcher l'imbibition trop rapide par le sang.

Avec une pince longue et courbe, s'adaptant le mieux possible à la courbure pelvienne, on saisit la bande de gaze enroulée sur elle-même et, se guidant sur les doigts conducteurs, on la porte au fond de l'utérus, en évitant le plus possible les contacts qui pourraient la souiller. Petit à petit la gaze pénètre et on la tasse contre les parois utérines. Dans la région de l'insertion placentaire, il faut redoubler de précaution. A ce niveau, en effet, souvent quand la déchirure s'accompagne d'un léger degré d'inertie utérine, il

peut se produire un hématome entre la gaze et la paroi.

Le corps utérin, puis le segment inférieur, le col et le vagin sont remplis avec de la gaze aussi serrée que possible. Il faut que le tampon appuie sur le périnée qui va lui fournir un point de soutien et le faire serrer par son propre poids.

Il n'est pas nécessaire de tamponner entre les lèvres de la déchirure. Le plus souvent la chose ne serait possible qu'en risquant de plus grands délabrements. Les lèvres de la plaie sont serrées par le tampon contre les parties voisines et l'hémorragie s'arrête suffisamment par ce seul moyen.

Au bout de quelques minutes, on s'assure qu'il ne se produit plus d'écoulement sanguin. Si un suintement persiste, il faut avoir recours à la compression du tampon. Deux ou trois doigts sont introduits dans le vagin, la face palmaire tournée en haut, et soulèvent le tampon. Une main placée sur le fond de l'utérus refoule en bas l'organe et son contenu; cette pression en sens contraire très fatigante ne peut être continuée longtemps que si l'on a des aides sous la main qui se relaient de temps en temps. Le plus souvent, l'hémorragie s'arrête bientôt et on laisse le tout en place. Si le suintement de sang continue, on essaie de renforcer le tamponnement par de nouvelles mèches de gaze, et au bout d'une ou deux heures, quand le pansement est tout à fait imbibé, on le refait. Il est rare qu'avec de la persévérance, on n'arrive pas à un résultat satisfaisant.

L'hémorragie est arrêtée : combien de temps faut-il laisser le tamponnement en place ?

Si l'on ne craint pas de nouvelle hémorragie, on peut l'enlever 12 heures après ; mais il vaut mieux en général le laisser 24 heures en place : on est alors sûr que les sinus sont oblitérés. Il est parfois prudent de n'enlever le tampon que petit à petit ; le premier jour on retire quelques mètres de gaze, on recommence le lendemain et au bout du troisième et quatrième jour on peut tout enlever. C'est pour n'avoir pas suivi cette pratique qu'on a été obligé de refaire des tamponnements enlevés même après 48 heures de séjour dans l'utérus ; une décompression trop brusque ramenait l'hémorragie.

Une indication formelle de l'ablation du tampon est l'élévation de la température. C'est, en effet, un des graves inconvénients de ce mode de traitement de favoriser la pullulation des germes placés ainsi en vase clos. Malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, quelques microbes contenus dans le vagin, sont entraînés dans l'utérus ; les débris de caduque n'étant plus entraînés par les lochies, favorisent le développement des germes, et donnent lieu à des symptômes d'infection.

Malgré ses inconvénients, le tamponnement sûr, facile, rapide, n'exigeant pas d'outillage bien spécial, nous paraît être le procédé de choix et nous ne saurions mieux terminer qu'en citant ces paroles de Dührssen lui-même.

« Ma méthode, dit-il, est surtout bonne pour un accoucheur qui débute. En effet, si elle n'arrête pas à fond, une hémorragie due à une rupture de l'artère utérine, dans tous les cas, elle la diminue notablement, ce qui permet au praticien qui, le plus souvent, se

trouve seul, de faire les préparatifs nécessaires pour exécuter une suture.

« D'autre part, ma méthode exige beaucoup moins de précision dans le diagnostic. C'est surtout dans les cas mixtes, où l'hémorragie provient à la fois d'une atonie musculaire et d'une lacération utérine que mon procédé est utile parce qu'il arrête du même coup le sang provenant de ces deux sources. »

Il faut, d'autre part, surveiller l'état général créé par l'hémorragie, instituer le traitement de la syncope souvent amenée par l'anémie cérébrale : tête basse, injections d'éther, frictions stimulantes. Il faudra toujours avoir recours aux injections de sérum artificiel, qui semblent donner un coup de fouet à l'hématopoïèse, et ont amené, dans ces derniers temps, des guérisons inespérées.

CONCLUSIONS

I. — Les déchirures utérines, localisées au segment inférieur, doivent être assez fréquentes. Elles peuvent passer souvent inaperçues en l'absence d'exploration digitale après l'accouchement.

II. — Elles se manifestent en général par une hémorragie se produisant immédiatement après la sortie de l'enfant, hémorragie qui paraît inexplicable, en l'absence d'inertie utérine et de décollement prématuré du placenta. Le toucher profond qui doit être fait immédiatement dans ce cas, indique le siège et l'étendue de la lésion.

III. — Le sang peut s'infiltrer dans les foyers de tissu cellulaire ouverts par la déchirure et créer des hématomes plus ou moins volumineux, soit dans la base du ligament large, soit dans la fosse iliaque, soit en arrière de la vessie.

Les hématomes ne sont pas reconnus en général, mais peuvent l'être, quelques jours après, par leurs

symptômes cliniques, ou leur suppuration, ou bien on les constate à l'autopsie.

IV. — Ces déchirures ont un pronostic en général réservé; bien que n'intéressant pas le péritoine, elles peuvent occasionner la mort, soit par anémie aiguë, soit en favorisant une septicémie suraiguë.

Le pronostic est rendu plus favorable par un traitement immédiat.

V. — Le traitement consistera dans le tamponnement de toute la cavité utéro-vaginale : corps, canal cervico-utérin, vagin, avec de la gaze iodoformée, pratiqué dès qu'on se sera rendu compte de la source de l'hémorragie et sans attendre qu'elle ait déjà été trop abondante.

VU :

Le Président de la Thèse,

FOCHIER.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 décembre 1900.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^{ie}, successeurs
3, rue Stella — LYON
